

NOM DOCUMENT **BPF_DISPOSITIF_D'OBSERVATION_DU_MINEUR_EN_CRISE_EN_VUE_DE_SON_ORIENTATION_APRÈS_LES_URGENCES**

TYPE **Bonne Pratique Fondamentale**

Procédure

Rédacteur : *Evelyne FALIP*
Estelle JEGOT
Michaël LEJWI

Fonction : Référent psychiatrie ARS PACA
Chargée de mission ORU PACA
Chargé de mission ORU PACA

Organisation ou établissement : *Groupe régional « Mineurs en crise en urgence »*

Statut : **Validé** **Proposé / non validé**

Date : **11/03/2015**

Version : **V1.0**

PHASE : **Aiguë** **Post-aiguë** **Stabilisation**

Étape :

Résumé : Venant s'ajouter à une fréquentation des urgences en hausse, un nombre croissant de mineurs ont recours aux urgences pour une crise. Les conséquences se portent sur les équipes, les autres usagers, et ces patients eux-mêmes. Ainsi on constate un nombre croissant de sorties non convenues, de sorties par défaut, ou de reconsultations.

La présente BPF se propose de décrire le dispositif qui doit permettre l'orientation du mineur au décours de la crise qui l'a amené aux urgences. Ainsi, lors de la prise en charge de sa crise, le mineur verrait son parcours passer par une zone située entre l'accueil des urgences et l'aval dans le but de lui assurer la bonne trajectoire.

Mots clés : mineur en crise, dispositif d'orientation, post-urgence, urgences pédiatriques, pédopsychiatrie, psychiatrie

SOMMAIRE

1	OBJECTIF.....	3
2	ÉTATS DES LIEUX.....	3
3	PRINCIPES GÉNÉRAUX.....	3
4	ORGANISATION.....	4
4.1	Locaux envisagés.....	4
4.2	Patients concernés	4
4.3	Les compétences de l'équipe du dispositif.....	4
4.4	Personnels concernés	5
4.5	Fonctionnement du dispositif.....	5
5	GLOSSAIRE	5
6	ANNEXE 1 : le groupe régional MINEURS EN CRISE AUX URGENCES PACA.....	6

1 OBJECTIF

La présente BPF a pour objectif de décrire le dispositif qui doit permettre l'orientation du mineur au décours de la crise qui l'a amené aux urgences. Ainsi, lors de la prise en charge de sa crise, le mineur verrait son parcours passer par une zone située entre l'accueil des urgences et l'aval dans le but de lui assurer la bonne trajectoire.

2 ÉTATS DES LIEUX

Chez les mineurs, la crise est un motif de recours aux urgences en constante augmentation. Les experts prédisent une poursuite de cette tendance dans les années à venir. Une tendance qui porte principalement sur les adolescents, pour des âges de plus en plus bas.

Une des causes est sans doute un contexte social défavorable croissant.

Les diagnostics et les conséquences sur l'aval des urgences sont connus. Ainsi, si la part des étiologies réellement psychiatriques reste stable, il apparaît une augmentation des agitations suite à des intoxications.

À ces éléments, il faut ajouter une augmentation globale de la fréquentation des urgences pédiatriques pour une capacité d'accueil constante, un nombre limité d'unités accueillant les mineurs en aval des urgences.

Par suite les sorties non convenues (fugues...) et les reconsultations augmentent, et l'orientation de ces patients se fait -trop- souvent par défaut.

3 PRINCIPES GÉNÉRAUX

Le dispositif décrit ci-après concerne tout service d'urgence qui accueille les mineurs.

Cette BPF s'adresse aux professionnels qui ont identifié un besoin de ce type, et qui souhaitent mettre sur pied une telle organisation. Ainsi, une organisation distincte des urgences et des services d'hospitalisation est nécessaire.

Un dispositif positionné en aval immédiat des urgences, distinct de la zone d'accueil des urgences, en extrayant le mineur des urgences tout en conservant un caractère contenant, favoriserait l'apaisement, le retour au calme du patient et utiliserait au mieux ce moment fécond qu'est la crise.

En effet, la poursuite du traitement de la crise peut y être envisagée si nécessaire. Il doit pouvoir y être réalisé l'observation impérative avant toute prise de décision quant à l'orientation du mineur. Cette observation doit être interdisciplinaire. Le dispositif doit favoriser les échanges entre les professionnels qui y travaillent. De plus, la prise en charge somatique doit être poursuivie lorsque celle-ci est possible aux urgences ou en post-urgence immédiat.

Autre bénéfice à ce dispositif : ramener de la sérénité dans le service des urgences et améliorer l'accueil des accompagnants.

4 ORGANISATION

4.1 Locaux envisagés

Le dispositif s'entend en dehors de la zone d'accueil des urgences.

Une zone peut être identifiée :

- dans l'enceinte (UHCD, CAP ou espace dédié) des urgences.
- en service de pédiatrie, à condition que celui-ci soit adossé à un service d'urgences et adapté architecturalement.

En revanche, cette zone ne peut pas être une unité qui constitue déjà l'aval des urgences. Ainsi en est-il de lits de crise pour adolescents ou des USI amenées à voir le jour dans le futur. De même, les lits de pédiatrie utilisés dans leur fonctionnement habituel ne peuvent faire l'affaire.

4.2 Patients concernés

Les patients concernés par un tel dispositif sont tous les patients mineurs qui sont admis aux urgences pour une crise et pour lesquels l'équipe des urgences souhaite avoir un temps d'observation avant leur orientation.

Sont inclus:

- Les patients non connus en psychiatrie
- Les patients agités sédatés et contentionnés
- Les patients souffrant d'une pathologie psychiatrique connue et pour lesquels une hospitalisation en psychiatrie s'impose

Sont exclus:

- Les patients pour lesquels une décision de sortie est prise dès les urgences.
- Les patients pour lesquels une étiologie organique est identifiée et pour laquelle un traitement doit être réalisé sans délai.

4.3 Les compétences de l'équipe du dispositif

L'équipe composant un tel dispositif doit pouvoir :

- prendre en charge un mineur agité ;
- prendre en charge un patient sédaté et contentionné ;
- réaliser une enquête somatique et proposer les traitements et les orientations adaptés ;
- réaliser un examen psychiatrique adapté au mineur et proposer les traitements et les orientations adaptés ;
- réaliser une enquête sociale et l'accueil des familles
- connaître les statuts et dispositifs juridiques ;
- connaître le réseau pédopsychiatrique où savoir trouver les réponses, notamment en utilisant les ressources informatiques.

4.4 Personnels concernés

Les personnels concernés mobilisables pour prendre en charge un mineur en crise :

- pédiatres, urgentistes ou en service, en fonction de l'organisation retenue
- pédopsychiatres, psychiatres
- psychologues
- CS
- IDE
- aides-soignants
- auxiliaires de puériculture
- assistante sociale
- éducateurs
- agents de sécurité

4.5 Fonctionnement du dispositif

En moyenne 24h avec un maximum 48h

5 GLOSSAIRE

- ARS : Agence Régionale de Santé
- BPF : Bonne Pratique Fondamentale
- CAP : Centre d'Accueil Permanent
- CS : Cadre de Santé
- ES : Établissement De Santé
- IDE : Infirmier Diplômé d'État
- ORU : Observatoire Régional Des Urgences
- PACA : Provence Alpes Côte d'Azur
- UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
- USI : Unité de Soins Intensifs

6 ANNEXE 1 : LE GROUPE RÉGIONAL MINEURS EN CRISE AUX URGENCES PACA

A la demande des Sous-Groupes Urgences de Territoires et validé par l'Instance Collégiale Régionale, le groupe régional MINEURS EN CRISE AUX URGENCES s'est constitué en octobre 2014 pour proposer des BPF relatives à la prise en charge en urgence des adolescents en crise.

Ses conclusions sont présentées le 19 mars 2015 à l'occasion du congrès COPACAMU organisé à Marseille.

NOM	FONCTION	ÉTABLISSEMENT	PLENIER	ATELIERS
BABE Philippe	Responsable urgences	HPNCL	x	x
BARTEL Michel	Directeur	CH Pierrefeu	x	
BARDIN Jean-Pierre	Chef de pôle psychiatrie	CH Digne	x	
BENOIT-RIGEOT Martine	Directeur référent psychiatrie	APHM	x	
BOURGEOIS Stéphane	Chef pôle SAMU/ Urgences	CH Avignon	x	
BOUTIN Aurélie	Pédiatre urgentiste	APHM – Timone		x
BRARD Aude	Urgentiste et régulateur	CH Avignon et CH Cavaillon	x	x
BRENGUIER Robert	Directeur	CH Valvert	x	
BUISSE Virginie	Psychiatre	CHU Nice	x	x
CARRERAS Jean-Marc	Directeur	Clinique Les 3 Cyprès		x
CARROT Patricia	Cadre supérieur de santé	CH Montfavet		x
DA FONSECA David	Chef de pôle pédopsychiatrie	APHM	x	x
DANON Guy	Directeur adjoint	CH Montfavet	x	
FABRE Gilbert	Directeur	Association SERENA		x
FALIP Evelyne	Médecin référent psychiatrie	ARS PACA	x	x
FISHER Jean-Claude	Pédopsychiatre	Clinique Les 3 Cyprès	x	x
GARSON Valérie	Pédopsychiatre	CH Edouard Toulouse	x	x
IZARD Patricia	Pédopsychiatre (UA UP et CAP 72)	CH Montfavet		x
JEGOT Estelle	Chargée de mission RTU	ORU PACA	x	x
JOVER Frédéric	Responsable CAP et référent CUMP	CHU Nice	x	x
KROUCH Tiphaine	Pédopsychiatre	CH Valvert	x	x

NOM	FONCTION	ÉTABLISSEMENT	PLENIER	ATELIERS
<i>LEJWI Michaël</i>	<i>Chargée de mission médicale</i>	<i>ORU PACA</i>	<i>x</i>	<i>x</i>
<i>LOUARN Pascale</i>	<i>Pédopsychiatre</i>	<i>CH Montperrin</i>	<i>x</i>	<i>x</i>
<i>MOULLEC Gilles</i>	<i>Directeur</i>	<i>CH Edouard Toulouse</i>	<i>x</i>	
<i>NGUYEN Joël</i>	<i>Chef de service psychiatrie</i>	<i>CH Grasse</i>	<i>x</i>	<i>x</i>
<i>PAILLISSE Geneviève</i>	<i>Pédopsychiatrie de liaison</i>	<i>APHM</i>	<i>x</i>	<i>x</i>
<i>POLVEREL Régis</i>	<i>Chef de service psychiatrie</i>	<i>CH Martigues</i>	<i>x</i>	
<i>PRIGNIEL Léopold</i>	<i>Adjoint au Directeur référent psychiatrie</i>	<i>APHM</i>		<i>x</i>
<i>SEGOND Delphine</i>	<i>Médecin inspecteur</i>	<i>ARS PACA – DT 13</i>	<i>x</i>	<i>x</i>